

TÉRMINOS DE REFERENCIA

1. AREA QUE REALIZA EL REQUERIMIENTO

Oficina de Recursos Humanos

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACIÓN

Contratación de Pólizas de Seguros Vida Ley, Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – Pensión, Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – Salud para los trabajadores del Gobierno Regional del Callao. y Seguro de Formación Laboral (FOLA) para el personal de modalidad formativa del Gobierno Regional del Callao.

3. FINALIDAD PÚBLICA

La presente contratación tiene por finalidad garantizar que los trabajadores y el personal de modalidad formativa que labora en el Gobierno Regional del Callao se encuentren amparados ante una eventual coyuntura de riesgos personales que pudieran ocurrir en el desempeño de sus labores, mediante las Pólizas de Seguros Personales (Seguro Vida Ley, Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – Pensión, Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – Salud y Seguro de Formación Laboral (FOLA)).

4. ANTECEDENTES

La Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, mediante su Decreto Legislativo N° 688, y la Ley N° 29549, Ley que modifica el Decreto Legislativo N° 688, Ley de Consolidación de Beneficios Sociales y su Reglamento, D.U. 044-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para fortalecer la protección y vida de los trabajadores establece que el trabajador empleado u obrero tiene derecho a un Seguro de Vida a cargo de su empleador, desde el primer día de trabajo.

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, fue creado por la Ley 26790 (De Modernización de la Seguridad Social en Salud), que reemplaza al Seguro por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (SEGATEP) de la Ley 18846 (derogada). La Ley 26790, señala que las entidades empleadoras que realizan las actividades de riesgo señaladas en el anexo 5 del D.S. 009-97-SA, están obligadas a contratar el Seguro Complementario de Riesgo (SCTR), entre ellas figuran las actividades de construcción, obras civiles y la labor de los inspectores de trabajo consideradas actividades de riesgo.

La Ley 28518 “Ley sobre modalidades formativas laborales”, señala como una de las obligaciones de la empresa contratante sea pública o privada cubrir los riesgos de enfermedad y accidentes para el personal contratado por la modalidad formativa laboral de prácticas preprofesionales y profesionales.

5. OBJETIVOS

GENERAL

Contratar los servicios de una Aseguradora autorizada y habilitada, que brinde coberturas a través de pólizas de seguros personales para los trabajadores y el personal de modalidad formativa que labora en el Gobierno Regional del Callao.¹

ESPECIFICO

- Contratar el servicio de Póliza de Seguro Vida Ley para el personal que pertenece al régimen laboral D. Leg.728; conforme lo señalado en el Decreto Legislativo N°688 y su modificatoria Ley N°29549.
- Contratar el servicio de Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Pensión para el personal que realizará actividades de riesgo, de acuerdo a lo normado en el D.S. N° 008-2022-SA, actualización del Anexo N° 5 del Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por D.S. N° 009-97-SA.

¹ En atención a la observación N° 71, se acoge a lo mencionado, toda vez que en base al Artículo 21 del DS 003-98-SA que señala que la ONP y las compañías de seguros son consideradas Aseguradoras.

- Contratar el servicio de Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Salud para el personal que realizará actividades de riesgo, de acuerdo a lo normado en el D.S. N° 008-2022-SA, actualización del Anexo N° 5 del Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por D.S. N° 009-97-SA.
- Contratar el servicio de Póliza de Seguro de Formación Laboral (FOLA) para el personal de modalidad formativa; conforme lo señalado en la Ley 28518 "Ley sobre modalidades formativas laborales".

6. MARCO LEGAL

- Decreto Legislativo N° 1440, "Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público".
 - Ley N° 31638, "Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2023".
 - Decreto Legislativo N° 1444 que modifica la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado.
 - D. S. N° 082-2019-EF, que aprueba el TUO de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y sus Modificaciones.
 - D. S. N° 344-2018-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.
 - Directivas del OSCE.
 - Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.
 - Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
 - Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, año 1997.
 - D.S. N° 009-97-SA Reglamento de la Ley N° 26790.
 - D.S. N° 003-98-SA Normas Técnicas del Seguro Complementario del Trabajo de Riesgo.
 - Decreto Supremo N° 008-2022-SA, actualización del Anexo N° 5 del Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por D.S. N° 009-97-SA.
 - Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de Ley N° 26790.
 - Decreto Supremo N° 003-98-SA, "Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo."2
 - Decreto Legislativo N° 688 y su modificatoria Ley N° 29549.
 - D.U. 044-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para fortalecer la protección y vida de los trabajadores.
 - Ley N° 29873, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y su reglamento el Decreto Supremo N° 005-2012-TR.
 - Ley 28518 "Ley sobre modalidades formativas laborales".
 - Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguros.
 - Ley N° 26702. Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguro y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros.
 - Decreto Legislativo. N° 1213, Regula los servicios de Seguridad Privada (Art. 19).
- Cualquier otra disposición legal vigente que permita desarrollar el objeto de la convocatoria, que no contravenga lo regulado por la Ley de Contrataciones del Estado.

7. PLAZO DE EJECUCION

El plazo de ejecución de los servicios es de 365 días calendario, será contabilizado desde el día siguiente de suscrito el contrato.³

8. DESCRIPCIÓN Y/O CARACTERISTICAS DEL SERVICIO POR CADA ITEM

Las condiciones, sumas aseguradas, alcances y coberturas del presente servicio que forman parte del programa de seguros a contratar son:

ITEM	DESCRIPCIÓN
1	Seguro Vida Ley
	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Pensión
	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Salud
	Seguro de Formación Laboral (FOLA)

Los cuales se detallan a continuación:

² En atención a la consulta N° 70, se acoge en incluir a la Base Legal lo siguiente: Decreto Supremo N° 009-97-SA y Decreto Supremo N° 003-98-SA.

³ En atención a la consulta N° 58, se acoge a que el plazo de ejecución será contabilizado desde el día siguiente suscrito el contrato.

SEGURO DE VIDA LEY

BASE LEGAL

La presente Póliza debe cubrir el Seguro de Vida de los trabajadores del Gobierno Regional del Callao, que tengan vínculo laboral, bajo los términos y condiciones que establece el D. L. N° 688 y la Ley N° 29549, Ley que modifica el Decreto Legislativo N° 688, Ley de Consolidación de Beneficios Sociales y su Reglamento, D.U. 044-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para fortalecer la protección y vida de los trabajadores.

ASEGURADOS

Personal de la ENTIDAD que pertenece al régimen D. Leg. 728 (Sede Central y Dirección Regional de Trabajo)

VIGENCIA

La vigencia será por un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios

POBLACIÓN DE ASEGURADOS

La población laboral beneficiada de la Póliza es la que se resume en el cuadro siguiente:

- Número de personas mayores e iguales a 60 años

EDAD	CANTIDAD	SUELDO
60	12	S/ 47,495.00
61	15	S/ 53,178.00
62	11	S/ 46,225.00
63	13	S/ 56,763.00
64	5	S/ 25,153.00
65	5	S/ 19,914.00
66	10	S/ 44,075.00
67	12	S/ 53,232.00
68	6	S/ 25,761.00
69	10	S/ 42,640.00
70	1	S/ 3,310.00
72	1	S/ 11,426.35
TOTAL	92	S/ 429,172.35

- Número de personas aseguradas según rango de edades

GRUPO ETAREO	N° DE PERSONAS	SUELDO
31-35	2	S/ 6,399.00
36-40	10	S/ 37,180.00
41-45	13	S/ 56,211.00
46-50	37	S/ 144,581.00
51-55	46	S/ 200,385.35
56-60	64	S/ 281,050.00
61-65	49	S/ 201,233.00
66-70	39	S/ 169,018.00
MAS DE 70	1	S/ 11,426.35
TOTAL	261	S/ 1,107,483.70

INFORMACIÓN ADICIONAL - CONSIDERA REMUNERACION CON TOPE DE LEY

Estimado Mensual De Planillas : S/ 1' 107,483.70

Estimado Anual De Planillas : S/ 15'504,771.80

Número De Trabajadores : 261

Sueldo Mayor : S/ 11.426.35

Número De Personas de mayor igual a 60 años : 92

La información de la cantidad de trabajadores y el monto de la planilla es referencial, la

cual se actualizará periódicamente, dando las altas y bajas según corresponda, en las declaraciones mensuales a ser informadas por la ENTIDAD.

COBERTURA

COBERTURAS BÁSICAS	
Muerte Natural	16 remuneraciones
Muerte Accidental	32 remuneraciones
Invalidez Total y Permanente por Accidente	32 remuneraciones

COBERTURAS ADICIONALES	
1. Gastos de Sepelio (indemnizatorio)	3 sueldos hasta S/. 12,000.00
2. Desgravamen por saldos deudores por préstamos que hubiese otorgado la entidad (cubre fallecimiento natural o accidental)	5 sueldos hasta S/. 30,000.00
3. Desamparo Familiar Súbito por accidente	5 sueldos hasta S/. 50,000.00
4. Fallecimiento por Cáncer	5 sueldos hasta S/. 25,000.00
5. Fallecimiento por Infarto al Miocardio	5 sueldos hasta S/. 25,000.00
6. Accidente Cerebro Vascular	5 sueldos hasta S/. 25,000.00
7. Insuficiencia Renal Crónica	5 sueldos hasta S/. 25,000.00
8. Ceguera por accidente	5 sueldos hasta S/. 25,000.00
9. Quemadura por accidente	5 sueldos hasta S/. 25,000.00
10. Sordera por accidente	5 sueldos hasta S/. 25,000.00
11. Cirugía Puente Aortocoronario	5 sueldos hasta S/. 25,000.00
12. Coma	2 sueldos hasta S/. 20,000.00
13. Traslado al lugar de origen	5 sueldos hasta S/. 20,000.00
14. Esclerosis Múltiple	2 sueldos hasta S/. 20,000.00
15. Repatriación de Restos	5 sueldos hasta S/. 20,000.00
16. Hijo Póstumo	5 sueldos hasta S/. 16,000.00
17. Trasplante de Órganos	5 sueldos hasta S/. 25,000.00
18. Incapacidad para el trabajo	5 sueldos hasta S/. 20,000.00
19. Renta familiar por accidente y/o enfermedad	1 sueldo hasta S/. 20,000.00

DETALLE DE COBERTURAS ADICIONALES

Indemnización por Gastos de Sepelio

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que este Seguro otorgará una indemnización por los gastos de sepelio incurridos con motivo del fallecimiento del Asegurado, y por el importe de la suma asegurada descrita en las Coberturas Adicionales.

Esta indemnización se realizará por única vez, y sin necesidad de presentar documentos que sustenten del gasto efectuado.

Desgravamen por saldos deudores

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, una vez producido el fallecimiento del Asegurado, el Seguro indemnizará al Contratante, siempre que el Asegurado tuviere una deuda por concepto de préstamo otorgado como adelanto de sueldo y/u otros, hasta el importe de la deuda y hasta los límites establecidos en las Coberturas Adicionales.

Cobertura por desamparo familiar súbito por accidente

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que este Seguro, una vez producido el fallecimiento accidental de ambos cónyuges a consecuencia de un mismo accidente, siempre que uno de ellos sea trabajador activo al servicio del Contratante al momento del accidente, y se encuentre asegurado en la presente Póliza, se indemnizará al o los hijos de ambos en común, menores de 18 años y como pago único, el límite establecido en las Coberturas Adicionales.

El pago de esta cobertura se realizará al tutor legal de los menores.

Cobertura por fallecimiento por cáncer

Descripción de la cobertura

Queda entendido y convenido que, este Seguro, otorgará una indemnización cuyo importe máximo se encuentra descrito en las Coberturas Adicionales, y solo en caso que el Asegurado, falleciera a consecuencia de cáncer y siempre que esta causa no se haya producido como consecuencia de una enfermedad preexistente.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- Copia legalizada de la historia clínica.
- Adicionalmente en caso de Cáncer se incluirá el diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer, legalizado
- Copia legalizada de las Boletas de pagos de los cuatro últimos meses, debidamente firmadas por el Trabajador.

Periodo de carencia para asegurados nuevos.

El período de carencia será de noventa (90) días calendarios, los mismos que serán computados desde la fecha de ingreso a la póliza.

Definiciones.

Cáncer: Se define como Cáncer a la presencia de crecimiento no controlado y prolongado de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión o histología definitivamente demuestre un crecimiento maligno. El término "Cáncer" incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

Cobertura por fallecimiento por infarto agudo al miocardio

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, este Seguro, otorgará una indemnización cuyo importe máximo se encuentra descrito en las Coberturas Adicionales, y solo en caso que el Asegurado, sea menor de setenta y un años (71) años falleciera a consecuencia de un infarto agudo al miocardio, y siempre que esta causa no se haya producido como consecuencia de una enfermedad preexistente.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- El registro de un internamiento que indique un infarto de miocardio dentro de un plazo no mayor a 24 horas antes de dicho internamiento.
- Una sintomatología congruente con una enfermedad cardíaca isquémica.
- Cambios relevantes en el electrocardiograma (ECG), o aumento de las enzimas cardíacas por encima de los valores normales de laboratorio.

Periodo de carencia para nuevos afiliados.

El período de carencia será de noventa (90) días calendarios, los mismos que serán computados desde la fecha de ingreso a la póliza.

Definiciones.

Periodo de Carencia: Es el tiempo durante el cual la cobertura de Fallecimiento por infarto agudo al miocardio aún no se encuentra activa.

Fallecimiento por infarto agudo al miocardio: El fallecimiento por infarto agudo al miocardio se define como la muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita de flujo sanguíneo a la zona respectiva.

Cobertura de indemnización por evento cerebro vascular

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, este Seguro, en caso de un evento cerebro vascular con duración mayor a 24 horas, que produzca en el asegurado un déficit neurológico incapacitante y permanente, otorgará una única indemnización hasta el límite fijado en las Coberturas Adicionales.

La indemnización también puede otorgarse cuando exista un diagnóstico de la enfermedad como terminal.

En caso de imposibilidad física (invalidez, incapacidad o fallecimiento) o mental del Asegurado de cobrar el beneficio, éste podrá ser cobrado por el o los Beneficiarios designados en la Declaración Jurada de Beneficiarios. Este estado debe ser inequívoco y respaldado por el médico tratante.

Cobertura Insuficiencia Renal Crónica

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos y condiciones de la Póliza, este Seguro, en caso que se presente una insuficiencia renal crónica del Asegurado, otorgará, como pago único, una indemnización hasta el límite fijado en las Coberturas

Adicionales.

En caso de imposibilidad física (invalidez, incapacidad o fallecimiento) o mental del Asegurado de cobrar el beneficio, éste podrá ser cobrado por el o los Beneficiarios designados en la Declaración Jurada de Beneficiarios. Este estado debe ser inequívoco y respaldado por el médico tratante

Definiciones.

Insuficiencia Renal Crónica: Es el estado de falla renal terminal debido a la disfunción crónica irreversible de ambos riñones, evidenciada por la necesidad de diálisis o trasplante renal.

Cobertura Ceguera por Accidente

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, este Seguro indemnizará al Asegurado, como pago único, el importe de remuneraciones y hasta los límites establecidos en las Coberturas Adicionales, cuando se produzca la pérdida total e irreparable de la capacidad visual del asegurado provocada por un mismo accidente. El diagnóstico debe ser clínicamente confirmado por un especialista.

En caso de imposibilidad física (invalidez, incapacidad o fallecimiento) o mental del Asegurado de cobrar el beneficio, éste podrá ser cobrado por el o los Beneficiarios designados en la Declaración Jurada de Beneficiarios. Este estado debe ser inequívoco y respaldado por el médico tratante

Cobertura Quemadura por Accidente

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, este Seguro indemnizará al Asegurado, como pago único, el importe de remuneraciones y hasta los límites establecidos en las Coberturas Adicionales, cuando el Asegurado sufra quemaduras de grado III, producidas por un mismo accidente y que hayan destruido por lo menos el 20% de la superficie corporal.

En caso de imposibilidad física (invalidez, incapacidad o fallecimiento) o mental del Asegurado de cobrar el beneficio, éste podrá ser cobrado por el o los Beneficiarios designados en la Declaración Jurada de Beneficiarios. Este estado debe ser inequívoco y respaldado por el médico tratante.

Cobertura Sordera Total por Accidente

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, este Seguro indemnizará al Asegurado, como pago único, el importe de remuneraciones y hasta los límites establecidos en las Coberturas Adicionales, cuando se produzca la pérdida súbita y total de la audición de ambos oídos a consecuencia de un mismo accidente. El diagnóstico debe ser clínicamente confirmado por un especialista.

En caso de imposibilidad física (invalidez, incapacidad o fallecimiento) o mental del Asegurado de cobrar el beneficio, éste podrá ser cobrado por el o los Beneficiarios designados en la Declaración Jurada de Beneficiarios. Este estado debe ser inequívoco y respaldado por el médico tratante.

Cobertura Cirugía De Puente Aorto-Coronario (By-Pass)

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que este Seguro, en caso que el Asegurado, sea menor de setenta y un años (71) años requiera someterse a una operación de cirugía de puente aorto-coronario (by-pass), se indemnizará al Asegurado por el importe de las remuneraciones y hasta el límite establecido en las Coberturas Adicionales, después de transcurridos 30 días de la fecha de la intervención quirúrgica y siempre que se encontrara con vida en esa fecha, no obstante, en caso de imposibilidad física (invalidez, incapacidad o fallecimiento) o mental del Asegurado de cobrar el beneficio, éste podrá ser cobrado por el o los Beneficiarios designados en la Declaración Jurada de Beneficiarios. Este estado debe ser inequívoco y respaldado por el médico tratante.

Periodo de carencia para nuevos afiliados.

El período de carencia será de noventa (90) días calendarios, los mismos que serán computados desde la fecha de ingreso a la póliza.

Definiciones.

Periodo de Carencia: Es el tiempo durante el cual la cobertura de CIRUGÍA DE PUENTE AORTO-CORONARIO (BY-PASS) aún no se encuentra activa.



Cobertura Coma

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, este Seguro cuando el Asegurado entrará en estado de coma a consecuencia de un accidente, se indemnizará al Asegurado o Beneficiarios, como pago único, el límite establecido en las Coberturas Adicionales. La indemnización se pagará después de transcurridos 30 días de la fecha de diagnóstico y siempre que se encontrará con vida en esa fecha. En caso de imposibilidad física (invalidez, incapacidad o fallecimiento) o mental del Asegurado de cobrar el beneficio, éste podrá ser cobrado por el o los Beneficiarios designados en la Declaración Jurada de Beneficiarios. Este estado debe ser inequívoco y respaldado por el médico tratante

Definiciones.

Coma: Coma: Es un estado profundo de inconsciencia. Una persona en coma está viva pero incapaz de moverse o responder a su entorno. El estado de coma se puede presentar como una complicación de una enfermedad subyacente o como resultado de lesiones, tales como un traumatismo de cráneo.

Cobertura Traslado al lugar de origen

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, este Seguro, en el caso que el Asegurado falleciera por Muerte Natural o Accidental en un departamento del país distinto al de su residencia, se otorgará al o los Beneficiarios, por única vez, una indemnización adicional por el importe de las remuneraciones y hasta los límites establecidos en las Coberturas Adicionales, por concepto de traslado de los restos mortales del Asegurado hasta su ciudad de residencia.

Cobertura por Esclerosis Múltiple

Descripción de la cobertura.

Queda entendido que, una vez producido el diagnóstico de esclerosis múltiple, se indemnizará a los asegurados, como pago único, el límite establecido en las Coberturas Adicionales. La indemnización se pagará al Asegurado después de transcurridos 90 días de la fecha del diagnóstico y siempre que se encontrará con vida en esa fecha, no obstante, en caso de imposibilidad física (invalidez, incapacidad o fallecimiento) o mental del Asegurado de cobrar el beneficio, éste podrá ser cobrado por el o los Beneficiarios designados en la Declaración Jurada de Beneficiarios. Este estado debe ser inequívoco y respaldado por el médico tratante.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- Un médico neurólogo.
- Una preexistencia de anomalías neurológicas con deterioro de funciones, las cuales persistan durante un período consecutivo de seis meses inmediatamente anteriores a la notificación del siniestro.

Periodo de carencia para nuevos afiliados.

El período de carencia será de noventa (90) días calendarios, los mismos que serán computados desde la fecha de ingreso a la póliza.

Definiciones

Periodo de Carencia: Es el tiempo durante el cual la cobertura de Esclerosis Múltiple aún no se encuentra activa.

Cobertura Repatriación de Restos Mortales

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, este Seguro, en caso que el Asegurado falleciera en el Extranjero por Muerte Natural o Accidental, se otorgará al o los Beneficiarios por única vez, una indemnización adicional por el importe de las remuneraciones y hasta los límites establecidos en las Coberturas Adicionales, por concepto de traslado de los restos mortales al Perú.

Cobertura de Gestación por Fallecimiento del Asegurado

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, este Seguro, en caso que el cónyuge o la conviviente que se encontrara en estado de gestación, independientemente del número de hijos que estuviera gestando, al momento de la muerte del Asegurado, tendrá derecho a la presente indemnización adicional, hasta el importe máximo que se especifica en las Coberturas Adicionales.

Queda expresamente establecido que la indemnización correspondiente a la presente



cobertura adicional será entregada a la cónyuge o a la conviviente por única vez, conjuntamente con la indemnización correspondiente a la cobertura principal (cobertura prevista en el Decreto Legislativo N° 688) de la presente Póliza de Seguro.

Es requisito indispensable para que opere la presente cobertura adicional:

- (i) Que resulte procedente el pago de la cobertura principal, y;
- (ii) Que la cónyuge o la conviviente del Asegurado, según corresponda, acredite su estado de gestación, presentando a la Compañía, adicionalmente a los documentos requeridos para acceder a la cobertura principal, una ecografía y un informe médico debidamente suscrita por un Médico colegiado, la cual no deberá tener más de quince (15) días de expedida.

Cobertura Trasplante de Órganos

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, este Seguro, en caso que el médico tratante determine la imperiosa necesidad, por riesgo de vida del Asegurado, indispensablemente como receptor, de un trasplante de órganos; se indemnizará al Asegurado por única vez y con sólo la orden certificada del médico tratante, indicando lugar y fecha de la intervención, el importe de remuneraciones y hasta los límites establecidos en las Condiciones Particulares. En caso de imposibilidad física (invalidez, incapacidad o fallecimiento) o mental del Asegurado de cobrar el beneficio, éste podrá ser cobrado por el o los Beneficiarios designados en la Declaración Jurada de Beneficiarios. Este estado debe ser inequívoco y respaldado por el médico tratante.

Cobertura Incapacidad para el Trabajo por Accidente y/o Enfermedad

Descripción de la cobertura.

Queda entendido y convenido que, este Seguro, indemnizará como pago único el beneficio establecido para esta cobertura al Asegurado que, estando incapacitado para el trabajo por una causa accidental o por una enfermedad, hubiese superado el límite máximo de subsidios que otorga Essalud (11 meses y 10 días) en un período ininterrumpido, y siempre que el accidente y/o enfermedad que motive el subsidio se hubiese producido con posterioridad a la fecha de incorporación del Asegurado a la póliza.

Procedimiento de solicitud de cobertura.

El Asegurado, con la finalidad de obtener la cobertura de la presente cláusula deberá presentar a la compañía de seguros una constancia emitida por Essalud en la que figure la fecha de inicio y fin del subsidio máximo otorgado por Essalud.

Cobertura Renta Familiar por Accidente y/o Enfermedad

Descripción de la cobertura

Queda entendido y convenido que, este Seguro, en caso que el fallecimiento del Asegurado sea por causas accidentales y/o por enfermedad, la Compañía otorgará al o los beneficiarios una renta hasta por los límites máximos indicados en las Coberturas Adicionales.

CONDICIONES ESPECIALES

- Las coberturas adicionales (excepto sepelio, desgravamen, desamparo súbito familiar, cáncer, infarto al miocardio, traslado al lugar de origen, repatriación de restos y renta familiar) serán otorgadas a los trabajadores en vida, previo diagnóstico.
- Las coberturas adicionales que correspondan serán otorgadas a los asegurados hasta la edad de 70 años, 11 meses y 29 días; las demás coberturas adicionales no consideran límite de edad para su aplicación.
- No se considerarán periodos de carencia para la aplicación de las coberturas adicionales, para aquellos asegurados que hayan venido siendo declarados con regularidad y que no se les haya observado las coberturas adicionales por periodo de carencia en vigencias o pólizas anteriores.
- Para los nuevos ingresos posteriores al inicio de vigencia, se aplicarán periodos de carencia solo para las coberturas adicionales.
- La cobertura se iniciará previa declaración mensual de la planilla, sin tener pagos vencidos de facturas anteriores y declarar todos los meses hasta el término del plazo.⁴

⁴ De acuerdo a la consulta N° 69, se acoge a que las condiciones para realizar la renovación de póliza mensual deben ser: no tener pagos vencidos de facturas anteriores y declarar todos los meses hasta el término del plazo.

BENEFICIARIOS

Herederos legales según Declaración Jurada de Beneficiarios debidamente firmada y legalizada o según se indique en el Testimonio de Sucesión Intestada debidamente inscrita en Registros Públicos, o en su defecto si no existiesen beneficiarios, la indemnización pasará a la ENTIDAD contratante luego de transcurrido el año del deceso.

SEGURO COMPLEMENTARIO DE RIESGO - PENSIÓN

BASE LEGAL

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo otorga coberturas por accidente de trabajo y enfermedad profesional a los trabajadores del GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO, y que por la naturaleza de su trabajo están expuestos a Riesgos para su salud, integridad y/o su vida misma, acorde con lo que establece el Decreto Supremo N° 008-2022-SA, actualización del Anexo N° 5 del Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por D.S. N° 009-97-SA.

ASEGURADOS


Personal de la ENTIDAD de los Regímenes Laborales, D. Leg. 728, D. Leg. 276 y D. Leg. 1057 que regula el régimen especial de Contratación Administrativa de Servicio (CAS), en base a declaraciones mensuales. Radio de Acción: a nivel nacional.

VIGENCIA

La vigencia será por un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios.

POBLACIÓN DE ASEGURADOS

La población laboral beneficiada de la Póliza es la que se resume en lo siguiente:



	Número de Personal	Sueldo Mayor	Número de Remuneraciones al año	Planilla Mensual Estimada	Planilla Anual Estimada
<u>D. Leg. 728</u>	56	S/ 9,060.00	14	S/. 237,091.77	S/. 3'319,284.78
<u>D. Leg. 276</u>	2	S/ 3,957.37	12	S/. 7582.37	S/. 90,988.44
<u>D. Leg. 1057-CAS</u>	46	S/ 8,000.00	12	S/ 208,319.19	S/ 2'499,830.28
Monto Total de Planilla Anual (104 trabajadores)					S/ 5,910,103.50

La información de la cantidad de trabajadores y el monto de la planilla es referencial, la cual se actualizará periódicamente, dando las altas y bajas según corresponda, en las declaraciones mensuales a ser informadas por la ENTIDAD.

COBERTURAS

Debe cubrir las Pensiones de Invalidez y sobrevivencia producto de un accidente de trabajo o enfermedad profesional del Asegurado, así como gastos de sepelio del Asegurado según lo establecido en el artículo 18 del Decreto Supremo N° 003-98-SA.

Sobrevivencia

El fallecimiento del trabajador genera pensión a los beneficiarios, sobre los porcentajes de la Remuneración Mensual, cuyo límite corresponde a la Remuneración Máxima Asegurable de S/. 11,426.35 vigente para el Sistema Privado de Pensiones (1er trimestre Enero – marzo 2023) de acuerdo a la siguiente escala:

- 35% por Cónyuge o Concubino con hijos beneficiarios.
- 42% por Cónyuge o Concubino sin hijos beneficiarios.
- 14% para cada Hijo menor a 18 años.

- 14% para cada Hijo inválido mayor a 18 años, incapacitado total y permanente de cualquier actividad laboral.

De quedar remanente, hasta 14% para el Padre y/o la Madre que cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- Que sean calificados como inválido total o parcialmente en proporción superior al 50%, conforme al Decreto Supremo N° 003-98-SA.
- Que tenga más de 60 años de edad y que hayan dependido económicamente del causante, de acuerdo con las normas que fije la Superintendencia de Administradoras de Fondo de Pensiones para los afiliados al Sistema Privado de Pensión que se aplicarán por analogía.

La sumatoria de los porcentajes de pensión a otorgar a los beneficiarios no puede exceder el 100% de la Remuneración Mensual del fallecido.

La pensión será otorgada siempre que el fallecimiento se produzca por un accidente o una enfermedad Profesional ocurrida dentro de la vigencia de la póliza.

Pensión de Invalidez

Para los trabajadores declarados inválidos totales (mayor o igual a 2/3 partes de menoscabo en su capacidad de trabajo) la pensión correspondiente será igual a 70% de su remuneración mensual. La pensión será, como mínimo del 100% de la "Remuneración Mensual", si como consecuencia del accidente de trabajo o enfermedad profesional, el asegurado calificado en condición de Invalidez Total y permanente quedará definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo remunerado y, además, requiera indispensablemente del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida.

Para los trabajadores declarados inválidos parciales (mayor o igual al 50% de menoscabo en su capacidad de trabajo, pero menor a los 2/3) la pensión correspondiente será igual a 50% de su remuneración mensual.

En caso que las lesiones sufridas por el Trabajador dieran lugar a una invalidez parcial permanente inferior al 50%, pero igual o superior al 20%, la Compañía Aseguradora pagará por única vez al Trabajador Asegurado inválido, el equivalente a 24 mensualidades de pensión calculadas en forma proporcional a la que correspondería a una Invalidez Permanente Total.

Gastos de Sepelio

Los Gastos de Sepelio cubren los servicios funerarios por la muerte del trabajador por muerte accidental o enfermedad profesional.

Los Gastos de Sepelio tendrán como límite máximo asegurable ajustable el monto señalado por el Sistema Privado de Pensiones

De acuerdo al Decreto Supremo N° 003-98-SA, la remuneración máximo asegurable varía trimestralmente, de acuerdo a lo indicado por la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP.

CONDICIONES

Normas Legales sobre el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – Pensión.

CONDICIONES ESPECIALES

- La cantidad de empleados declarados es referencial, pudiendo variar mensualmente según lo establezca el Gobierno Regional del Callao.
- La cobertura se iniciará previa declaración mensual de la planilla, sin tener pagos vencidos de facturas anteriores y declarar todos los meses hasta el término del plazo.⁵
- El plazo de aviso de siniestro será de 30 días naturales. Se entiende por aviso de siniestro a la compañía de seguros aquel que informa del accidente vía e-mail, atención médica en proveedor afiliado y/o presentación del expediente para reembolso y otros.
- Pago de siniestros de acuerdo a la norma, como máximo será dentro de los 30 días calendarios posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al ASEGURADO.

⁵ De acuerdo a la consulta N° 69, se acoge a que las condiciones para realizar la renovación de póliza mensual deben ser: no tener pagos vencidos de facturas anteriores y declarar todos los meses hasta el término del plazo.

CONSIDERACIONES

ACCIDENTE DE TRABAJO

Es toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo.

Accidentes que no se consideran, como Accidentes de Trabajo.

- El que se produce en el trayecto de ida y retorno al centro de trabajo.
- Por participación en riñas u otra acción ilegal.
- Por incumplimiento del trabajador de orden estricta específica del empleador.
- En ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales.
- El que sobrevenga durante permisos, licencias, vacaciones.
- Por uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes.
- Los que sean a consecuencia de guerra civil o internacional, conmoción civil o terrorismo y similares.
- Convulsión de la naturaleza (terremoto, maremoto, etc.), Fusión Nuclear.
- Lesiones voluntariamente autoinflingidas o autoeliminación o su tentativa.

Todo accidente que no sea calificado como accidente de trabajo, así como, toda enfermedad que no sea calificada, como Enfermedad Profesional; serán tratados como accidentes o enfermedades comunes, sujetas al Régimen General del Seguro Social de Salud y al Sistema Pensionario, al que se encuentra afiliado el trabajador.

SEGURO COMPLEMENTARIO DE RIESGO - SALUD

BASE LEGAL

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo otorga coberturas por accidente de trabajo y enfermedad profesional a los trabajadores del GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO, y que por la naturaleza de su trabajo están expuestos a Riesgos para su salud, integridad y/o su vida misma, acorde con lo que establece el Decreto Supremo N° 008-2022-SA, actualización del Anexo N° 5 del Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por D.S. 009-97-SA.

ASEGURADOS

Personal de la ENTIDAD de los Regímenes Laborales, D. Leg. 728, D. Leg. 276 y D. Leg. 1057 que regula el régimen especial de Contratación Administrativa de Servicio (CAS), en base a declaraciones mensuales. Radio de Acción: a nivel nacional.

VIGENCIA

La vigencia será por un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios

POBLACIÓN DE ASEGURADOS

La población laboral beneficiada de la Póliza es la que se resume en lo siguiente:

Régimen Laboral	Número de Personal	Sueldo Mayor	Número de Remuneraciones al año	Planilla Mensual Estimada	Planilla Anual Estimada
<u>D. Leg. 728</u>	56	S/ 9,060.00	14	S/ 237,091.77	S/ 3'319,284.78
<u>D. Leg. 276</u>	2	S/ 3,957.37	12	S/ 7582.37	S/ 90,988.44
<u>D. Leg. 1057-CAS</u>	46	S/ 8,000.00	12	S/ 208,319.19	S/ 2'499,830.28
Monto Total de Planilla Anual (104 trabajadores)					S/ 5,910,103.50

La información de la cantidad de trabajadores y el monto de la planilla es referencial, la cual se actualizará periódicamente, dando las altas y bajas según corresponda, en las declaraciones mensuales a ser informadas por la ENTIDAD.

COBERTURAS

- Asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional a la entidad empleadora y a los asegurados.
- Atención médica, farmacológica, hospitalaria y quirúrgica, cualquiera fuere su nivel de complejidad, hasta la recuperación total del asegurado, o la declaración de una invalidez permanente total o parcial o fallecimiento.
El asegurado conserva su derecho a ser atendido por el Seguro Social en Salud con posterioridad al alta o a la declaración de la invalidez permanente, de acuerdo al Artículo 7° del Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- Rehabilitación y readaptación laboral al asegurado inválido bajo este seguro.
- Aparatos de prótesis y ortopédicos necesarios para el asegurado inválido bajo este seguro.

CONDICIONES

Normas Legales sobre el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – Salud.

CONDICIONES

- La cantidad de empleados declarados es referencial, pudiendo variar mensualmente según lo establezca el Gobierno Regional del Callao.
- La cobertura se iniciará previa declaración mensual de la planilla, sin que se cuente con pago pendiente y/o vencido ni vigencias pendientes por declarar.

CONSIDERACIONES

ACCIDENTE DE TRABAJO

Es toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo.

Accidentes que no se consideran, como Accidentes de Trabajo.

- El que se produce en el trayecto de ida y retorno al centro de trabajo.
- Por participación en riñas u otra acción ilegal.
- Por incumplimiento del trabajador de orden estricta específica del empleador.
- En ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales.
- El que sobrevenga durante permisos, licencias, vacaciones.
- Por uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes.
- Los que sean a consecuencia de guerra civil o internacional, conmoción civil o terrorismo y similares.
- Convulsión de la naturaleza (terremoto, maremoto, etc.), Fusión Nuclear.
- Lesiones voluntariamente autoinflingidas o autoeliminación o su tentativa.

Todo accidente que no sea calificado como accidente de trabajo, así como, toda enfermedad que no sea calificada, como Enfermedad Profesional; serán tratados como accidentes o enfermedades comunes, sujetas al Régimen General del Seguro Social de Salud y al Sistema Pensionario, al que se encuentra afiliado el trabajador.

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Es toda enfermedad permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar.

SEGURO DE FORMACIÓN LABORAL (FOLA)

El proveedor brindará asistencia médica para la atención de 25 practicantes del Gobierno Regional del Callao. La cantidad de practicantes mencionada es referencial pudiendo variar durante la vigencia. La liquidación se realizará mensualmente.

GRUPO ASEGURADO

Personal bajo la modalidad Formativa Laboral Juvenil - **Remuneración:** S/ 1,025.00

Se precisa que la edad límite de ingreso a la cobertura de la póliza para el asegurado titular es hasta los 39 años de edad inclusive, asimismo, la edad límite de permanencia es hasta los 39 años de edad inclusive.⁶

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

<u>Beneficio Máximo Anual por Persona</u>	
De acuerdo al artículo 42 del capítulo VI – Normas comunes a las Modalidades Formativas de la ley N° 28518	
En caso de enfermedad	14 subvenciones mensuales
En caso de accidentes	30 subvenciones mensuales

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA S/ 30,750.00

ATENCIÓN AMBULATORIA (Lima y Provincias)	
Crédito	
Deducible por consulta :	S/. 50.00
Excesos de gastos cubiertos al:	90%
Reembolso	
Deducible:	S/. 50.00
Excesos de gastos cubiertos al:	80%
Provincias:	
<ul style="list-style-type: none">El postor deberá indicar en su propuesta técnica la relación de clínicas afiliadas.⁷ En caso de que el postor no cuente con proveedores afiliados en zonas alejadas, se reembolsarán los gastos a los costos y coberturas de la atención vía reembolso⁸.	

HOSPITALIZACIÓN (Lima y Provincias):	
Crédito	
Deducible Hospitalario:	1 día habitación
Excesos de gastos cubiertos al:	90%
Reembolso	
Deducible Hospitalario:	1 día habitación
Excesos de gastos cubiertos al:	80%
<ul style="list-style-type: none">Solo se brindará el beneficio de reembolso al titular que se encuentre en localidades que no cuenten con clínicas, centros médicos u hospitales afiliados.Ampliación de coberturas: Cada entidad podrá determinar de acuerdo a sus necesidades si requiere el incremento de las coberturas y lo tendrá que señalar en las bases, así como en una cláusula de la proforma del contrato.	

ODONTOLOGÍA	
Única y exclusivamente a consecuencia de un accidente	
Deducible:	S/. 0.00

⁶ En atención a la consulta N°31, se acoge a considerar la edad límite de ingreso a la cobertura de la póliza, asimismo la edad límite de permanencia.

⁷ En atención a la consulta N°26, se confirma que la relación de clínicas queda a libre disposición de la Compañía Aseguradora.

⁸ En atención a la consulta N°29, se considerará que en provincia en zona alejadas el reembolso de los gastos será a los costos y coberturas de la atención vía reembolso.

Excesos de gastos cubiertos al:	100%
Prevención Dental	
Chequeo preventivo una vez al año:	100%

OFTALMOLOGÍA	
Medición de vista una vez al año:	100%

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	
Emergencia Accidental (sin Hospitalización)	
Cubierta al 100% por todo el tratamiento a consecuencia del accidente. La atención deberá de realizarse dentro de las 24 horas. Importante: Si por el accidente sufrido el asegurado necesita hospitalizarse, los gastos serán según las condiciones señaladas en el beneficio de hospitalización.	
Emergencia Médica	
Según condiciones de atención hospitalaria y/o ambulatoria. Importante: El beneficio de emergencia médica será atendido únicamente en las clínicas o centros médicos señalados por la compañía de seguros y por reembolso en aquellos lugares en donde el postor ganador no cuente con convenios con proveedores.	

Transporte por evacuación	Aérea	0.00	100%
	Vuelo regular Nacional. Se considera a un máximo de 2 pasajeros (paciente y profesional de salud) por evento. Solamente si es un menor de edad, se incluye el traslado adicional (1 pasaje) para un acompañante. Este beneficio no cubre los gastos de alojamiento ni alimentación. Este beneficio solo considera el transporte de ida ((para la atención inmediata de la emergencia). Este beneficio únicamente se brindará bajo prescripción médica y con autorización de la Compañía de Seguros. ⁹		

CHEQUEO PREVENTIVO PROMOCIONAL	
Programa de libre elección que ofrece evaluación y control de riesgos según edad y sexo.	
Cubierto	100%

MÉDICO A DOMICILIO – Medicina general y medicina interna¹⁰ solo con proveedores designados por la Compañía de Seguros previa cita telefónica en Lima¹¹, considerando el límite de acción en Lima:	
Por el norte: Carabaylo (hasta Palacio Municipal), Ancón (hasta cruce con Av. Los Arquitectos Km 39 Panamericana Norte).	
Por el sur: Pachacamac (zona urbana), Lurín (zona urbana).	
Por el este: Cieneguilla, Chaclacayo y Chosica (hasta Plaza de Armas de Chosica).	
Por el oeste (Callao): Ventanilla (hasta cruce Av. Los Licenciados con 28 de febrero, Av. Néstor Gambeta con Av. Cuzco), La Punta.	
Consulta	S/. 50.00
Exceso cubierto al	100%

SEPelio O CREMACIÓN sin cinerario	
Hasta un límite de	S/. 4,500.00

⁹ En atención a la consulta N° 27, sobre el beneficio de Transporte por evacuación, se acoge a brindar únicamente el beneficio bajo prescripción médica y con autorización de la Compañía de Seguros.

¹⁰ En atención a la consulta N° 28, se acoge en retirar para medico a domicilio el servicio de pediatría, dejando únicamente el servicio de medicina general y medicina interna.

¹¹ En atención a la consulta N° 30, nos acogemos en considerar el límite de acción de Medico a Domicilio en Lima.

PROTESIS QUIRURGICAS INTERNAS, bajo sistema crédito o reembolso sin deducible ni coaseguro	
Hasta un límite de	S/. 5,000.00
CONSULTA NUTRICIONISTA, solo con proveedores designados por la Compañía de Seguros, previa cita	
Deducible por consulta	S/. 60.00
Exceso cubierto al	100%

CONSULTA PSICOLÓGICA	
Deducible por consulta	S/. 100.00
Exceso cubierto al	100%

COBERTURA POR ACCIDENTE	
Coberturas	Cada uno
Muerte Accidental	S/. 30,000.00
Invalidez Total y/o parcial permanente	S/. 30,000.00
Gastos de Curación	S/. 30,000.00

CONDICIONES ESPECIALES

- La cantidad de personas aseguradas es referencial, pudiendo variar durante la vigencia de la póliza.
- El contratista deberá mantener comunicación con todas las clínicas y centros médicos afiliados a nivel nacional, así como realizar supervisiones periódicas, con el fin de que puedan brindar un adecuado servicio de atención médica, acorde a las condiciones pactadas (coberturas, deducibles, condiciones, tabla de beneficios, etc.)
- El postor ganador deberá anexar el condicionado de la póliza, relación de gastos no cubiertos (exclusiones) y diagnósticos considerados como emergencias médicas. El postor ganador deberá anexar los procedimientos de atención en el sistema de crédito (ambulatorio y hospitalario). Sin embargo, considerando que estos documentos se emiten con posterioridad a la firma del contrato, en caso de discrepancia con cualquiera de las condiciones particulares o especiales de los Términos de Referencia de las bases, prevalecerán éstas últimas.
- El postor ganador se compromete a la entrega del Informe Estadístico Trimestral incluyendo estadística por tipo de atención, amparo, proveedor, diagnóstico, parentesco en documento físico y a través del correo electrónico, considerando para el cálculo del análisis los tres meses de cobertura devengados.
- El postor está obligado a presentar antes de la firma del contrato, la relación de clínicas afiliadas a nivel nacional y por departamento, que incluirá dirección y teléfonos actualizados.
- Para la atención en los proveedores médicos bastará la presentación del DNI del asegurado.
- La presente Póliza no debe estar sujeta a periodos de carencia.
- La presente Póliza no cubre pre-existencias, a excepción de las personas que provengan de un seguro de grupo anterior contratada por la misma empresa y que haya cubierto dichas pre-existencias.¹²
- No cubre enfermedades congénitas
- Para los casos de reembolso en atenciones ambulatorias, se reconoce por honorario médico por cada consulta, hasta un tope máximo de S/. 250.00
- La cobertura se iniciará previa declaración mensual de la planilla, sin tener pagos vencidos de facturas anteriores y declarar todos los meses hasta el término del plazo.¹³

INFORMACIÓN ADICIONAL

Estimado de asegurados : 25 practicantes

¹² En atención a la consulta 33, se acoge en que la póliza no cubra preexistencias, a excepción de las personas que provengan de un seguro de grupo anterior contratada por la misma empresa y que haya cubierto dichas preexistencias.

¹³ De acuerdo a la consulta 69, se acoge a que las condiciones para realizar la renovación de póliza mensual deben ser: no tener pagos vencidos de facturas anteriores y declarar todos los meses hasta el término del plazo.

- Remuneración : S/.1,025.00
- Estimado Mensual De Planillas : S/. 25,625.00
- Estimado Anual De Planillas : S/. 307,500.00

9. ENTREGABLE A CARGO DEL CONTRATISTA

La entrega de las pólizas se realizará en un plazo no mayor a 15 días calendarios contados a partir al día siguiente de suscrito el contrato.¹⁴

Asimismo, El CONTRATISTA se compromete a prestar el servicio sobre la base de la información proporcionada por la ENTIDAD y de emitir las constancias de seguro en un plazo no mayor a 15 días calendarios contados a partir del día siguiente de la remisión de la relación de asegurados a la compañía de seguros.

10. SISTEMA DE CONTRATACION

A precios unitarios.

11. PLAZO MAXIMO DE LA RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

Trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios

12. FORMA DE PAGO

La ENTIDAD realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del CONTRATISTA de la siguiente manera:

ITEM	TIPO DE SEGURO	FORMA DE PAGO
1	Vida Ley	LA ENTIDAD realizará declaraciones mensualmente para mantener un control de los afiliados. Por tratarse de pólizas en base a declaraciones mensuales, la facturación y pago se realizará de manera mensual, a mes vencido, conforme a las declaraciones que realice la ENTIDAD.
	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Pensión	
	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Salud	
	Seguro de Formación Laboral (FOLA)	

El pago por la prestación del servicio se realizará en soles, el mismo que incluirá todos los importes e impuestos de Ley, dentro de los diez (10) días posteriores de otorgada la conformidad.

La vigencia de la facturación se deberá emitir del 01 al 30 de cada mes, en el caso que la vigencia de la póliza iniciará con otra fecha, la primera y última facturación se emitirá a prorrata incluyendo el medio día.

Condiciones para el pago de cada producto:

- El costo total del servicio incluye todos los impuestos de ley, seguros, transporte, inspecciones, pruebas, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el mismo.
- Los pagos serán mensuales, previa conformidad del servicio emitido por el Área Usuaria y presentación del comprobante de pago emitido por el Contratista.

De no cumplir con lo solicitado, el comprobante de pago no será tramitado y se procederá a su devolución.

13. CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La conformidad del servicio la otorgará el área usuaria, la misma que será emitida en un plazo máximo de 7 días calendarios de culminada la prestación y contar con la documentación correctamente emitida.

14. ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

El CONTRATISTA protegerá la información confidencial, así como la documentación que se genere como resultado de la prestación del servicio contratado, para lo cual, extremará todos

¹⁴ En atención a la observación N° 58, se acoge, por lo que se establece, la entrega de las pólizas se realizará en un plazo no mayor a 15 días calendarios contados a partir al día siguiente de suscrito el contrato.

los cuidados y medidas de seguridad que normalmente emplea para proteger a la misma, obligándose así a:

- No divulgar información confidencial, salvo y hasta tanto sea autorizado expresamente, por escrito, a través de correo electrónico.
- No utilizar, total o parcialmente, la información confidencial para otros fines distintos a los del presente servicio.
- No efectuará copias de la información confidencial, y solo permitirá el acceso, a la misma, de los empleados que necesiten ese conocimiento.

La obligación de confidencialidad convencida, continuará luego del cumplimiento del servicio contratado.

El incumplimiento de lo estipulado en el presente numeral dará derecho al GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO, a iniciar las acciones legales correspondientes.

15. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

La conformidad del servicio por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del CONTRATISTA es de un (1) año contando a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

16. TIPO DE CAMBIO

El postor deberá ofertar en soles, para el caso de dólares americanos deberá tomar el tipo de cambio venta indicada por la página web SBS, del día anterior hábil de la fecha de la presentación de su cotización y/o oferta. El mismo que se mantendrá en toda la vigencia del contrato.

17. REQUISITOS MINIMOS DEL POSTOR

PERSONAL CLAVE

- Un (01) Ejecutivo Comercial

Contar con una experiencia mínima de tres (3) años, en labores como ejecutivo en empresas de rubro de seguros.

Función: Responsable de la Integridad de requerimiento realizados por la Entidad.

- Un (01) Ejecutivo de Siniestros

Contar con una experiencia mínima de tres (3) años, en labores como ejecutivo en empresas de rubro de seguros.

Función: Responsable de la atención prioritaria de siniestros presentados por la Entidad y/o de terceros causados por la Entidad.

18. REQUISITOS DE CALIFICACION

18.1 CAPACIDAD LEGAL:

18.1.1 HABILITACIÓN:

Requisitos:

ITEM	TIPO SEGURO	DE	REQUISITO
1	Vida Ley		Debe contar con la autorización de funcionamiento para la prestación del servicio de pólizas de seguros.
	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Pensión		Debe contar con autorización de funcionamiento expedida por la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP conforme a los señalado en la Ley 26702 "Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros".
	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Salud		Al ser un servicio brindado por una Empresa Prestadora de Salud (EPS), debe contar con el certificado emitido por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, aplicando el mismo criterio para el Seguro de Asistencia Médica Familiar de ser el caso.

	Seguro de Formación Laboral (FOLA)	El postor deberá contar con autorización de Funcionamiento expedida por la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, conforme a lo señalado en la Ley N° 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros o de ser entidad pública, copia del Decreto Supremo que le autoriza la comercialización u emisión de seguros en el país. .
--	------------------------------------	--

Acreditación

ITEM	TIPO SEGURO	DE	ACREDITACIÓN
1	Vida Ley		Copia de la autorización de funcionamiento o certificado expedida por la Superintendencia de Banca y Seguros y/o Administradoras de Fondos, conforme a lo señalado en la Ley 26702, "Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros"
	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Pensión		Copia del certificado de autorización de funcionamiento y vigente para la prestación del Servicios de Pólizas de Seguros, expedida por la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP.
	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Salud		Copia del certificado emitido por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, aplicando el mismo criterio para el Seguro de Asistencia Médica Familiar de ser el caso.
	Seguro de Formación Laboral (FOLA)		Copia del certificado de autorización de funcionamiento y vigente para la prestación del Servicios de Pólizas de Seguros, expedida por la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP.

18.2 EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 500,000.00 (Quinientos Mil con 00/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/ 48,000.00 (Cuarenta y ocho mil con 00/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se consideran similares a los siguientes: todo tipo de seguros cuyas pólizas cubren atención de salud y pensión a personas y/o grupos colectivos bajo cualquier régimen

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 7 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de servicios de ejecución periódica, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de una persona absorbida como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.

Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicada por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N°8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

19. DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA

El CONTRATISTA declara bajo juramento que se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción de quedar inhabilitada para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

20. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Durante la ejecución contractual, el CONTRATISTA, se compromete en realizar lo siguiente:

- El Plazo para la emisión y entrega de las Pólizas no será mayor a quince días (15) días calendarios, contabilizados a partir del día siguiente de la suscripción del contrato¹⁵. La recepción de dichos documentos será remitida vía correo electrónico, siendo potestad de la entidad requerirlos en forma física, cabe precisar que el correo electrónico será brindado al CONTRATISTA.¹⁶

¹⁵ En atención a la consulta N° 58, se acoge a que el plazo de ejecución será contabilizado desde el día siguiente suscrito el contrato

¹⁶ . En atención a la consulta N° 59, se acoge, que la emisión y recepción de las pólizas, será remitida vía correo electrónico, siendo potestad de la entidad requerirlos en forma física, asimismo se precisa que el correo electrónico será brindado al CONTRATISTA.

- El Plazo para la emisión y entrega de otros documentos (Endosos, Certificaciones, Constancias, entre otros) no será mayor a diez (10) días calendario, contados a partir del requerimiento de la ENTIDAD, estos documentos pueden ser remitidos vía correo electrónico al Área Usaria y el Área de Bienestar Social, salvo otra solicitud de la ENTIDAD.
- El CONTRATISTA hará entrega del Reporte de Siniestralidad de la Póliza cuando sea requerido por el GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO, el cual incluirá como mínimo la siguiente información:
 - Primas y Siniestros
- Detalle de los siniestros, indicando como mínimo:
 - N° de Póliza
 - Ramo
 - Fecha de Siniestro
 - N° de Siniestro
 - Causa
 - Nombre de la persona afectada (cuando corresponda)
 - Montos en reserva y/o montos pagados
 - Estado del Siniestro
 - Importe del deducible pagado o pendiente de pago

21. PENALIDADES

Si el CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente formula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 * \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

F= 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes y servicios en general, consultorías y ejecución de obras.

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días, para viene y servicios en general y consultorías.

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considerará justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

22. LUGAR DE PRESTACIÓN

El servicio se realizará en el Gobierno Regional del Callao, con dirección en Av. Elmer Faucett 3970 – Callao.

23. OTRAS CONSIDERACIONES ADICIONALES

CLAUSULA ANTICORRUPCION

EL CONTRATISTA acepta expresamente que no llevará a cabo acciones que están prohibidas por las leyes locales u otras leyes anticorrupción. Sin limitar lo anterior, el CONTRATISTA se obliga a no efectuar ningún pago, ni ofrecerá ni transferirá algo de valor, aún establecido de manera que pudiese violar las leyes locales u otras leyes anticorrupción, sin restricción alguna.

En forma especial, EL CONTRATISTA declara con carácter de declaración jurada que no se encuentra inmerso en algún proceso de carácter penal vinculado a presuntos ilícitos penales contra el Estado Peruano, constituyendo su declaración, la firma del mismo en la Orden de Compra de la que estos forman parte integrante

CLAUSULA ANTISOBORNO

EL CONTRATISTA, no debe ofrecer, negociar o efectuar, cualquier pago, objeto de valor o cualquier dádiva en general, o cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato, que pueda constituir un incumplimiento de la ley, tales como robo, fraude, cohecho o tráfico de influencias, directa o indirectamente, o a través de socios, integrantes de órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas, en concordancia o a lo establecido en el artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225, los artículos 7° de su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 344-2018-EF.

Asimismo, EL CONTRATISTA, se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participantes, integrantes de los órganos de administración apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas en virtud a lo establecido en los artículos antes citados de la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

24. DISPOSICIONES FINALES

Todos los demás aspectos no contemplados en los Términos de Referencia, se regirán supletoriamente por las Bases, la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, y demás disposiciones legales vigentes.


Firmado digitalmente¹⁷ Lic. Cesar Jacinto Silva Almeida Jefe de la Oficina de Recursos Humanos

¹⁷ En caso se utilice la firma digital, se debe consignar el término "FIRMADO DIGITALMENTE"

